Die Parotisfistel und ihre Behandlung

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Theodor Riege
Zahnarzt aus Havelberg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 20. Dezember 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

69

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Bonhoeffer**
Referenten: Prof. Dr. **Klapp**
Prof. Dr. **Bier**

Bei der Behandlung der Parotisfistel ist es zuerst von Wichtigkeit, sich darüber klar zu werden, ob man es in dem speziellen Falle mit einer Gangfistel zu tun hat. Denn diese beiden Fistelarten haben voneinander ein gänzlich verschiedenartiges therapeutisches Vorgehen nötig.

Bei den Drüsenfisteln ist nur bei alten hartnäckigen Fisteln ein Vorgehen nötig. Man benutzt hierzu die einfachsten Mittel, die es gibt: Oberflächliche Aetzung und Kauterisation des Fistelmaules, Kompressionsverbände und dergl. mehr. Von großer Bedeutung ist die Einschränkung der Sekretion. Bei Anfrischung und Naht muß vorsichtig zu Werke gegangen werden, damit ein aseptischer Verlauf der Operation gewährleistet wird. Als ultima ratio bei Drüsenfisteln kommt die teilweise Resektion der Drüse in Frage. Hierbei ist allergrößte Vorsicht nötig, damit der n.facialis nicht verletzt wird.

Obwohl die Gangfisteln des Stenonschen Ganges seltener sind als die Drüsenfisteln, so sind sie doch insofern wichtiger, als nur operatives Vorgehen sie beseitigen kann. Bei den Duktusfisteln unterscheidet man incomplete Fisteln, d. h. Fisteln, die nur einen Teil des Drüsensekretes absondern, und complete Fisteln, das sind solche, die die ganze Menge des Drüsensekretes abfließen lassen.

Bei denjenigen Fisteln, die einer Spontanheilung zugänglich sind, kann man sich abwartend verhalten oder nur diejenigen Maßnahmen treffen, die die Heilungstendenz befördern. Es stehen hier die oben angegebenen Maßnahmen zur Verfügung. Bei all diesen Eingriffen ist es aber unbedingt notwendig, daß das hintere Gangende fleißig durch Bougieren offen gehalten wird.

Bei permanenten oder completen Duktusfisteln hat sich im Laufe der Zeit eine Unmenge von Methoden herausgebildet, die zu ihrer Beseitigung dienen. All diese Behandlungsarten lassen sich in 3 große Gruppen einteilen:

1. Wiederherstellung des normalen Weges.
2. Bildung eines neuen Weges.
3. Verödung der Drüse.

Zu 1. Bei der Wiederherstellung des normalen Weges ist die Erweiterung des hinteren Gangendes unbedingt erforderlich. Moraud und Louis zogen zu diesem Zwecke mehrere Seidenfäden durch die Fistel und das hintere Gangende, um dann den Faden auf der Wange zu verknoten. Da hierdurch jedoch das Fistelmaul offen gehalten wurde, versuchte man durch Kanülen diesem Uebelstande abzuhelfen. Heutzutage wird das gleiche Ergebnis erreicht durch häufiges Bougieren vom Munde aus.

Nikoladoni hat zuerst durch Anfrischung und Naht die Kontinuität der beiden Gangenden in moderner Weise wiederherzustellen versucht. Er legte die beiden Gangenden von außen frei und nähte über einer Sonde die beiden Gangenden mit feinen Nähten aneinander. Waren große Strecken zwischen den beiden Gangenden zu überbrücken, dann bildete er einen Lappen, der das hintere Gangende enthielt und klappte diesen Lappen soweit zurück, bis ihm die Naht gelang.

Zu 2. Die Bildung eines neuen Weges ist bei fast allen Fisteln des Stenonschen Ganges die beste Behandlungsart. Zuerst wurde die einfache Durchbohrung der Wange mittels eines Kauters vorgenommen. Kaufmann und Richelot vervollkommneten dieses Verfahren. Von weitaus größerer Bedeutung ist die doppelte Durchbohrung der Wange, die Deguise im Jahre 1811 zum ersten Male veröffentlichte. Heutzutage wird diese Operation an Stelle des Drahtes mit Nadel und Seidenfaden ausgeführt. Langenbeck der Aeltere riet zuerst zu der heut angewandten rationellen wie einfachen Operation, bei permanenten Fisteln das hintere Gangende heraus zu präparieren und durch ein Loch in der Mundschleimhaut nach außen zu führen. Delore verbesserte dieses Verfahren, indem er mittels einer Sonde sowohl Fistelmaul wie hinteres Gangende herauspräparierte und im Zusammenhang in die Mundschleimhaut einpflanzte. Braun hat bei masseteralen Duktusfisteln durch die Methode des plastischen Duktusersatzes ein brauchbares Heilungsverfahren gebracht. Es beruht auf der großen Dehnbarkeit der Mundschleimhaut, die nach einem horizontalen Schnitt mittels zweier Fäden soweit nach hinten gezogen wird, daß das Duktusende dann wie in einem Trichter darin endigt. Küttner modifizierte dieses Verfahren, indem er einen großen zangenförmigen Schleimhautlappen, dessen Basis am m. masseter lag, ausschnitt und ihn über den Masseter so weit nach hinten klappte, bis eine Vereinigung mit den Duktusenden erreicht wurde.

Zu 3. Bei völligem Versagen aller bisher angeführten Methoden muß zur Verödung der Drüse geschritten werden. Zuerst wollte man dieses Ziel durch Druckatrophie erreichen. Jedoch erfolglos; denn es entstanden in den meisten Fällen Parotitiden, die durch die Speichelstauung hervorgerufen wurden.

Dann bediente man sich der Unterbindung des Ausführungsganges, auf den günstigen Ergebnissen fußend, die dieses Verfahren bei Versuchstieren zeitigte. Aber auch hier gelang kein voller Erfolg.

Das sicherste Mittel ist die Zerstörung des Sekretionsnerven, der in dem n.auriculo-temporatis enthalten ist. Es ist eine verhältnismäßig einfache Operation, die vollsten Erfolg gewährleistet. Durch dieses Verfahren kann sehr gut die Exstirpation der Drüse vermieden werden, die aus dem Grunde unangenehm ist, weil hierbei Verletzungen der Facialis nicht zu vermeiden sind.